

9º CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGIA

SEGUNDA SESION PLENARIA

Miércoles 10 de diciembre

Ocupan la Mesa los doctores *Victor Armand Ugón, Juan Soto Blanco,*
Ricardo Delgado y Anibal Sanjinés

RELATO: *

HERNIAS DIAFRAGMATICAS

RELATOR:

Dr. ALEJANDRO VICTORICA

CORRELATOS:

- “Anatomía y embriología de las zonas herniarias del diafragma”: *Doctor Lorenzo Mérola (h.).*
- “Etiopatogenia, clínica y tratamiento médico de las hernias del hiato esofágico del diafragma”: *Dr. Horacio Gutiérrez Blanco.*
- “Radiología en el adulto”: *Dr. Eugenio Zerboni.***
- “Radiología en el niño”: *Dr. Héctor C. Bazzano.***
- “Hernia diafragmática en el niño”: *Dr. Juan Curbelo Urroz.***

CONTRIBUCIONES:

- “Hernias diafragmáticas. 49 observaciones”: *Dres. P. Larghero, W. Venturino y P. Echeverría.*
- “Esofagitis de reflujo en la hernia del hiatus”: *Dr. Roberto Rubio.*
- “Hernias diafragmáticas en el adulto y en el niño”: *Dr. Juan José Boretti.*
- “Importancia del ligamento gastrofrénico en las hernias hiatales”: *Doctor Alberto Barquet.*
- “Tratamiento de las hernias del hiato diafragmático”: *Dres. Eduardo C. Palma, Frederick Giuria, Francisco del Campo y Héctor Tobler.*
- “El gastroácidograma histamínico en la hernia diafragmática”: *Dr. Enrique Emeric (h.).***

DISCUSION

Dres. Etala y Victorica.

* El relato y correlatos fueron publicados en el Tomo I, págs. 99-308.
Los trabajos que no se publican, no fueron entregados a Secretaría.

HERNIAS DIAFRAGMATICAS

49 observaciones

Dres. P. LARGHERO, W. VENTURINO
y P. ECHEVERRIA

El capítulo de las hernias diafragmáticas constituye la más típica prueba de que “no se encuentra sino lo que se busca y no se busca sino lo que se sabe”. Lo ocurrido con las hernias diafragmáticas es que los cirujanos no creímos en ellas como causa tan frecuente de sufrimientos, hasta la divulgación de los trabajos de Allison. (1) Ni la notable monografía de Stuart W. Harrington, (2) publicada en 1940 en el “*American J. of Surgery*” y distribuida como suplemento, sirvió para convencernos.

En nuestro país los radiólogos se nos adelantaron y en varios años; el 15 de setiembre de 1923, el malogrado Dr. Juan Cunha, (3) presentó a la Sociedad de Cirugía de Montevideo un notable estudio anatómico, embriogénico y radiológico sobre las hernias diafragmáticas del estómago; vale la pena y es en su homenaje que reproducimos algunos párrafos de su trabajo, treinta y cinco años más tarde.

“En el mes de junio de este año, el Dr. Carrau (4) envía para un examen de tórax, a mi Servicio de rayos X del Hospital

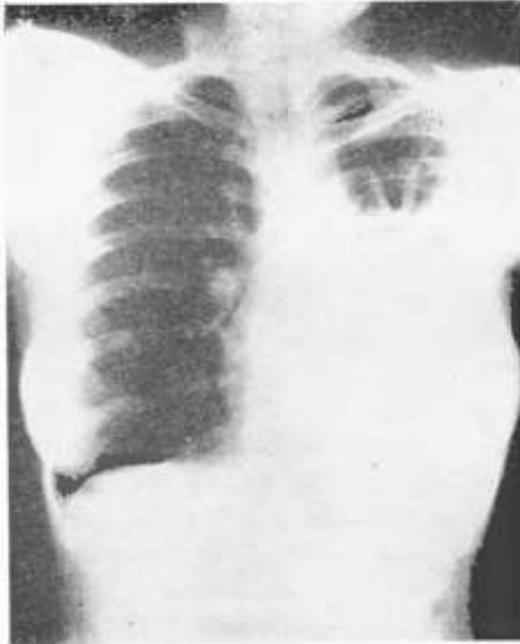
(1) ALLISON, P. R. Reflux Esophagitis, Sliding Hiatal Hernia and the Anatomy of Repair. “*Surg. Gynec. and Obst.*”, vol. 82: 419-431; April, 1951.

(2) HARRINGTON, S. W. Diagnosis and Treatment of Various Types of Diaphragmatic Hernia. “*Amer. J. of Surg.*”, 50: 381-446; Nov. 1940.

(3) CUNHA, J.— Estómago ectópico en el hemitórax derecho. Sociedad de Cirugía de Montevideo, Sesión del 15 de setiembre de 1923. “*Anales de la Fac. de Med. de Montevideo, Uruguay*”, tomo IX: 575-597; 1924.

(4) Dr. Antonio Carrau. Discípulo de Morquio y pilar de la Escuela de Pediatría del Hospital Pedro Visca.

Pedro Visca, una niña de 4 meses que presentaba algunos trastornos gástricos ligeros, comunes a esa edad, y del lado del tórax, algunos signos vagos de sonoridad a la percusión y falta de ruidos respiratorios a la auscultación en la base del pulmón derecho. Al radioscopio noto, por encima del hígado y sobre la mitad interna del diafragma derecho, una cavidad aérea de contornos



Rad. 1.

redondeados... el límite externo de la cavidad es curvo, a convexidad externa... el corazón y el mediastino están en su situación normal. Mi primera impresión fue que estaba en presencia de un caso de hernia diafragmática del estómago.”

Convengamos en que no podría pedirse nada ni más sintético ni más preciso, tanto por parte del clínico como del radiólogo, en materia de síntomas y diagnóstico rápido de una de las variedades de hernia diafragmática del lactante. Repitamos que esto fue hecho y escrito hace treinta y cinco años.

Siguiendo las enseñanzas de Cunha, sus discípulos Eugenio R. Zerboni y D. Bonalzola, reunieron, en 1941, 80 observaciones de hernias diafragmáticas, encontradas en el estudio de documentos del Instituto de Radiología del Hospital Maciel.

En 1941, operamos en el Servicio del Prof. Navarro, una enferma de 38 años (B. M.) (radiografías 1, 2, 3 y 4), con el diag-



Rad. 2.

nóstico de quiste hidático complicado del lóbulo inferior del pulmón izquierdo, en base a estas placas radiográficas tomadas a raíz de algunos dolores y "ruidos" acusados y percibidos en esa base. Al abrir el tórax nos encontramos con asas delgadas y el colon; se trataba de una agenesia del hemidiafragma izquierdo, con persistencia total del hiatus pleuroperitoneal y cavidad celómica indivisa, correspondiente a una ausencia del desarrollo datando de las primeras semanas. El cardias estaba en su lugar y era, como es lógico, continente.



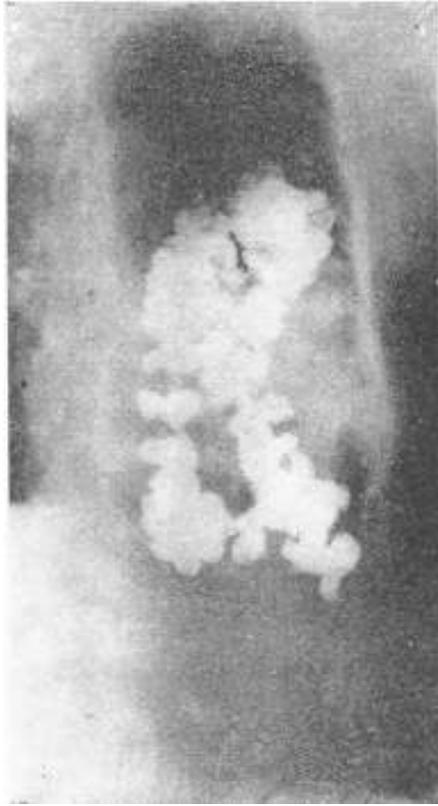
Rad. 3.

En marzo de 1951 uno de nosotros ⁽⁵⁾ presentó a la Sociedad de Cirugía, dos observaciones de hernias diafragmáticas operadas; una de ellas tenía una litiasis biliar asociada. Fueron abordadas por toracotomía y por incisión de Mérola respectivamente.

El 23 de junio de 1955, en la reunión que para la Sociedad de Cirugía celebró la 3^a Clínica Quirúrgica. ⁽⁶⁾ presentamos, en colaboración con el Dr. Juan Curbelo Urroz, 16 observaciones de hernias no traumáticas, de las cuales 3 en niños de 22 meses a 7 años de edad, y 13 en adultos.

(5) LARGHERO YBARZ, P.— Dos casos de hernia del hiatus diafragmático. "Boletín de la Soc. de Cir. del Uruguay", XXII: N° 3; 1951.

(6) El trabajo presentado en esa reunión quedó inédito.



Rad. 4.

El tipo de lesión fue:

Por deslizamiento	7
Paraesofágicas	4
Foramen de Bochdalek	1
Foramen de Morgagni	1

La vía de abordaje fue:

Torácica	7 casos
Abdominal	1 caso
Tóracolaparotomía de Mérola	2 casos

La reparación se realizó en 8 de los casos por la técnica de Allison y en 2 por reducción simple del contenido y reposición y sutura simple de los haces del pilar derecho, por detrás del esófago, según el consejo de Wangensteen. Todos curaron, ninguno acusó recidiva de los síntomas, pero hubo una rara y rebelde complicación: ileo dinámico gastroíleoecólico, como si el enfermo hubiera sido vagectomizado, pese a que el vago no fue seccionado ni siquiera elongado.

Desde junio de 1955 hasta el 15 de noviembre de 1958, han sido estudiados 40 nuevos casos de hernias no traumáticas, de las cuales 25 fueron operadas.

Sumadas a las 16 anteriores y a 3 traumáticas, nuestra experiencia actual se basa en 49 observaciones.

He aquí el análisis de estos casos considerado exclusivamente desde el ángulo de:

Clasificación del tipo de hernia.

Motivos de ingreso.

Afecciones digestivas asociadas a la hernia.

Vías de abordaje.

Resultados.

Directivas del tratamiento y fundamentos para la elección de la vía por la cual deben ser tratadas.

HERNIAS DIAFRAGMÁTICAS

49 observaciones

Hernias diafragmáticas:	
Traumáticas	8
No traumáticas	46
Hernias no traumáticas	
No operadas	11
Operadas	35
Tipos de hernia:	
Agenesia del diafragma	2
Hiatus de Morgagni	1
Hiatus de Bochdalek	1
Hiatus esofágico	41
Paraesofágicas (2 con deslizamiento 2º)	6
Por deslizamiento (1 operado dos veces)	35

LOS SINTOMAS O SINDROMES QUE DEBEN HACER SOSPECHAR
Y BUSCAR LA HERNIA DIAFRAGMÁTICA

- 1) Síndrome funcional digestivo alto postprandial.
- 2) Síndrome esofágico:
Regurgitación ácida.
Disfagia intermitente.
- 3) Síndrome doloroso epigástrico con irradiación alta.
- 4) Síndrome funcional cardiorrespiratorio.
- 5) Hemorragia:
Hematemesis.
Melenas.
- 6) Anemia crónica (microcítica, hipocrómica).
- 7) Hallazgo radiológico de sombras:
Paracardíacas.
Supradiafragnáticas.
- 8) Síndromes asociados:
Úlcus duodenal o gástrico.
Litiasis o dispepsia biliar.
Espasmo pilórico sin úlcus.
- 9) Síndrome de neoplasma digestivo alto en el viejo.
- 10) Niño de cualquier edad:
Vómito repetido.
Dolor postprandial.
La melena.
La anemia crónica.
Las crisis de cianosis o disnea postcomidas.
Hallazgo radiológico de sombra paracardíaca.

HERNIAS DIAFRAGMÁTICAS

Causas de ingreso

Hemorragia digestiva (aguda o recidivante) ...	13 obs.	32,6%
Disfagia	11 obs.	21,7%
Dolor, regurgitación, ardor, dispepsia (síndrome ulceroso o biliar)	8 obs.	17,4%
Anemia crónica secundaria (aparentemente cripto- genética)	2 obs.	
Diagnóstica por rayos X de tórax (diagnóstico de "sombra")	2 obs.	
Síndrome neoplásico en el viejo	1 obs.	

VÍAS DE ABORDAJE

35 operaciones para hernia diafragmática

Vía torácica	24	68,5 %
Vía abdominal	9	25,7 %
Vía toracoabdominal de Mérola	2	5,7 %

Resultados

Muertes: 1 caso, operada por vía abdominal (picocolecisto y fistula colecistoduodenal en enferma de 74 años
Hernia hiatal con acentuado sufrimiento por reflujo).

Muerte al 18º día por fistula duodenal 2,8 %

Recidivas: 2 casos:

operada por vía abdominal (técnica defectuosa),

operada por vía torácica (estenosis y retracción del esófago por úlcera).

Complicación grave: 1 caso (distensión gastroileocólica rebelde, tipo vagectomía) (Rad. 5 y 6).

Hemorragia postoperatoria alejada, sin causa, pese a hernia bien reducida y asintomática: 1 caso.



Rad. 5.— Obs. J. S. R.: Hernia por deslizamiento.
Tratamiento por la técnica de Allison.



Rad. 6.— Radiografía postoperatoria:
íleo dinámico generalizado, rebelde, tipo raquetomía.

HERNIAS DIAFRAGMÁTICAS

Afecciones digestivas asociadas a la hernia

16 pacientes en un total de 46 (35 %)

Litiasis biliar	2 obs.
Vesícula fresa	2 obs.
Estrechez del cística	1 obs.
Úlcera gástrica o duodenal (1 con carcinóide)	4 obs.
Cáncer del estómago	1 obs.
Poliposis gástrica sangrante	1 obs.
Úlcera secundaria del esófago con estrechez	2 obs.
Gastroenterostomía inoperante realizada veinte años antes para tratar el sufrimiento a la hemorragia	3 obs.

CONCLUSIONES

1º) Se presentan los resultados del análisis expresado de 46 observaciones de hernias diafragmáticas no traumáticas en 45 enfermos.

2º) Conocido el problema desde 1951, aparece un significativo aumento de la incidencia de casos y en las más variadas condiciones:

- a) hallazgo fortuito en el curso de examen radiológico de tórax o de digestivo superior, en personas sin síntomas;
- b) hallazgo fortuito en el curso de examen radiológico de portadores de lesión definida: biliar, gastroduodenal, cardiorrespiratoria;
- c) hallazgo por la búsqueda en enfermos que presentan uno de los síndromes clínicos, tan variados, que motivaron que Harrington le llame "máscara del vientre superior";
- d) en este último tipo de pacientes, la búsqueda clínica y radiológica puede mostrar, además de la hernia, otras lesiones, motivando discusión sobre la responsabilidad de una u otra, en el sufrimiento de los pacientes;
- e) la variada, a veces bizarra y a menudo engañadora sintomatología, desde el recién nacido hasta el viejo de más de 80 años, es una de sus aristas más típicas; y destacamos su intervención como causa de hemorragias agudas cataclísmicas, del vientre superior, a cualquier edad; de anemias crónicas de tipo de expoliación, criptogenéticas, de disfagias no progresivas y de trastornos cardiorrespiratorios graves en recién nacidos y en viejos. La litiasis biliar se le asocia en un tercio de casos.

3º) Dos tercios de nuestros casos eran del sexo femenino y 75 % fueron operados después de los 50 años (máximo: 82 años).

4º) El tipo de Servicio Hospitalario que recluta los pacientes, explica aparentes contradicciones en las estadísticas; a nuestro Servicio de Cirugía General, concurren enfermos con padecimientos digestivos: en ellos se deben buscar y se encuentran las hernias, puras o asociadas; en los Servicios de Cirugía Torácica, predominan los enfermos enviados con hallazgo radiológico de sombras del tórax, que deben ser interpretadas. *En cirugía general las hernias no se ofrecen. hay que buscarlas.*

5º) Debe emplearse un ajustado juicio de médico para la indicación terapéutica, médica o quirúrgica en un paciente portador de hernia sola o asociada a otras lesiones. Los extremos se encuentran entre estos dos casos:

Se deben operar siempre:

- las hernias del niño, de cualquier edad;
- las hernias que sangran, que dan disfagia y/o reflujo;
- las hernias grandes, a cualquier edad;
- las hernias con sospecha de lesión gástrica, cardial o esofágica asociada;
- las hernias aún pequeñas, cuando se les tiene a mano en el curso de operación abdominal por otra lesión y la reparación es fácil.

No deben operarse:

- las hernias pequeñas o medianas en las que un tratamiento dietético y postural adecuado hace desaparecer los síntomas;
- excepción hecha de las hernias del niño, no deben operarse las hernias que aunque comprendidas en los tipos de común indicación, existan condiciones de edad o tara orgánica que constituyan una causa de grave riesgo operatorio. (7)

6º) Si la operación está indicada, es imperativo llenar las directivas impuestas por Allison. Para hacerlo, desechar el prejuicio de que sólo pueden cumplirse por vía torácica y elegir la vía que convenga al tipo de paciente y a la existencia de lesiones abdominales asociadas que deben ser tratadas.

Desde 1951 hemos empleado en todos los casos, sea por vía torácica o abdominal, la técnica de Allison, cumpliendo sus dos objetivos primordiales:

(7) Como prueba de discusión individual de la indicación presentamos este caso personal: 82 años, sufrimiento desde años por hernia diafragmática del hiato. Cáncer pilórico evolucionando al cierre total desde tres meses. Operación impuesta por inanición. Gastroenterostomía (metástasis hepáticas). La extrema delgadez permitió, pese a anestesia local, el cierre del orificio del saco peritoneal de la hernia con una jareta firme de lino, como único tratamiento. Desaparición total de las molestias antiguas y realimentación inmediata.

Fijación frenoesofágica.

Ajuste del hiato por detrás del esófago.

Y la completamos suturando la región juxtacardial anterior y la tuberosidad a la cara inferior del diafragma, restableciendo las condiciones de coalescencia normal (foto 7).

TECNICA DE ALLISON

"ALLISON REPAIR" (8,9)

1ª) *Indicación:*

Se aplica únicamente a las hernias hiatales, por deslizamiento, y al esófago corto.

Hernias puras.

Hernias mixtas:

- a) por deslizamiento con bolsa gástrica paraesofágica secundaria;
- b) paraesofágicas con deslizamiento secundario del cardias.

2ª) *Objetivo:*

Restaurar a lo normal los factores responsables de la "protección" del esófago por el mecanismo del cardias [factores que excitan el reflujo y la esofagitis (10, 11)].

3ª) *Cumplimiento:*

Se realiza por dos actos fundamentales que constituyen los principios del "Allison Repair".

(8) Descrita en 1951 sobre la experiencia de 206 operaciones en 204 pacientes.

(9) ALLISON, P. R. Reflux Esophagitis, Sliding Hiatal Hernia and the Anatomy of Repair. "Surg. Gynec. and Obst.", vol. 92: 419-431; April, 1951.*

(10) Aunque puede haber "hernias sin reflujo y reflujo sin hernia". Esto último ocurre cuando el esfínter verdadero del esófago inferior pierde su tono. "Lancet", N° 7046; p. 566; 13 Set. 1958.

(11) ATKINSON, M.; EDWARDS, D. A. W.; HONOUR, A. J.; ROWLANDS, E. N.—The Oesophagogastric Sphincter in Hiatus Hernia. "The Lancet", pp. 1138-1142; 7 Dec. 1957.

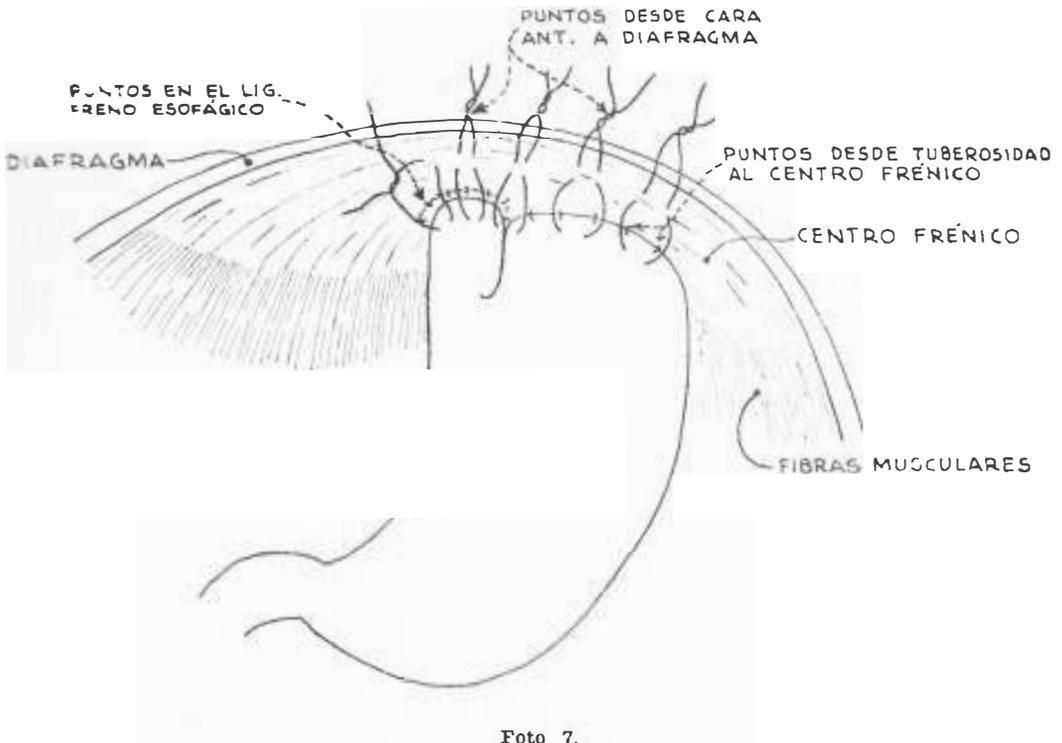


Foto 7.

- a) sección del ligamento frenoesofágico y de la reflexión peritoneal que lo cubre, vecino al cardias y reimplantarlos por sutura a la cara inferior del diafragma;
- b) afrontamiento de las fibras verticales del pilar derecho, en cuya hendidura pasa el esófago, unas contra otras, *por detrás* del esófago y mantenerlas afrontadas por suturas no traumatizantes para permitirles continuar actuando como músculos. El esófago debe quedar "cómodo", "comfortably", en su nuevo canal crural (Allison).

4º) *Complemento técnico importante:*

Sobre las suturas del pilar y por encima, hacia el esófago, la fascia del lado torácico del pilar puede

ser suturada con firmeza de un lado al otro, tomando conjuntamente los labios de la incisión de la pleura vecinos al esófago.

La operación completa de Allison se hace (5):

- 1º) por abordaje torácico;
- 2º) por descubierta del esófago y del cardias y pilar, seccionando el ligamento triangular, "llave de la hernia del hiato";
- 3º) manejando el esófago con un lazo de cinta hilera y con suavidad para no afectar el vago;
- 4º) cumpliendo el tiempo básico de sutura del collarete frenoesofágico por vía infradiaphragmática y por una incisión independiente del diafragma ubicada de modo y dirección tal que evite la enervación de parte o todo el diafragma. (12) No se debe prolongar la hendidura del pilar derecho, como incisión.

Tal es lo que Allison ha descrito. (6)

Los dos tiempos fundamentales de la operación (fijación del collarete frenoesofagoperitoneal a la cara inferior del diafragma y sutura retroesofágica de los haces del pilar derecho), pueden ser realizados perfectamente. No hay pues desconocimiento cuando se dice: cura de la hernia del hiato por vía abdominal, aplicando la técnica de Allison.

En la casi totalidad de las observaciones que se presentan y que fueron operadas después de 1951, se cumplieron los objetivos de la técnica de Allison, sea por vía abdominal como torácica, con un tiempo de refuerzo suplementario: él está constituido por la reposición de la coalescencia normal yuxtacardial y de la tuberosidad gástrica, por la sutura minuciosa de esta zona, así como del origen de la pequeña curvatura gástrica a la cara inferior del diafragma por puntos separados firmes al hilo de lino fino (foto 7).

(12) ALVIN MERENDINO, K.; JOHNSON, R. J.; SKINNER, H. H. and MAGUIRRE, R. X.—The Intradaphragmatic Distribution of the Phrenic Nerve with Particular Reference to the Placement of Diaphragmatic Incisions and Controlled Segmental Paralysis. "Surgery", vol. 39, N° 1: 189-198; Jan. 1956.

En suma: La elección de la vía de abordaje para el tratamiento de una hernia diafragmática debe hacerse sobre la base del dominio de ambas vías y del análisis de cada caso para decidirse por lo que, *con menos riesgo y más breve y sencillamente*, permita cumplir con las directivas de Allison.

Los niños, los jóvenes y los portadores de hernias de gran volumen, los gordos y los tórax profundos y los casos con estenosis del esófago, deben operarse por vía del tórax.

Los viejos, los enfermos con lesiones de órganos abdominales asociadas que exigen tratamiento quirúrgico y los casos con hemorragia digestiva y con dudas sobre la coexistencia de otra lesión, así como los tórax rígidos con insuficiencia respiratoria y o con secuelas de pleuritis, constituyen indicación por vía abdominal.

Conviene, a los partidarios irreductibles de la vía torácica, recordar las opiniones que a continuación transcribimos:

Harrington⁽¹³⁾ operó 606 enfermos portadores de hernia diafragmática; 561 lo fueron por vía abdominal, lo que establece un porcentaje de 92 %.

Theron Claget,⁽¹⁴⁾ que le sucedió en la Sección de Cirugía torácica de la Mayo Clinic, publicó recientemente la experiencia de cuatro años con 113 operados: 57 % lo fueron por vía abdominal, 36 % por torácica y el resto por tóracoabdominal. Anotamos que tuvieron 10 % de recidivas en enfermos controlados a breve plazo; esta frecuencia les hace parcos en la indicación operatoria de hernias pequeñas y con síntomas leves.

Michael De Bakey,⁽¹⁵⁾ en la edición 1957-1958 del "Year Book of General Surgery", anota a propósito del trabajo de Robert P. Mc Burney:⁽¹⁶⁾ "El método de Allison puede ser fácilmente ejecutado por vía abdominal. El artículo de Mc Burney merece énfasis y estrecha atención, particularmente por parte de

(13) HARRINGTON, S. W. — "Tratamiento quirúrgico en 606 pacientes con hernia diafragmática". Tercera Sesión Interamericana del American College of Surgeons, Lima (Perú), enero 11 al 15, 1955.

(14) MYRE, Th. T.; KIRKLIN, J. W.; ANDERSEN, H. A. and THERON CLAGETT, O. — Surgical Consideration in Treatment of esophageal Hiatal Hernia. "J. Amer. M. Assoc.", vol. 164: pp. 147-150; May 11, 1957.

(15) De BAKEY, M. E. "Year Book of General Surgery", 1957-1958 Series. Repair of esophageal Hiatal Hernia Utilizing Allison's Principle through Abdominal Approach (Robert P. Mc Burney), pp. 351-352.

(16) Mc BURNEY, R. P. — "Amer. Surgeon", 22: 668-671; July 1956.

los cirujanos que están firmemente empeñados en el abordaje torácico. Nuestra propia experiencia, que incluye el abordaje torácico y abdominal, nos ha llevado a la convicción que el último es preferible bajo ciertas circunstancias y confirma las observaciones relatadas en este artículo por McBurney, respecto a sus ventajas. Por un lado, la reparación de una hernia hiatal no complicada, empleando los principios de Allison, puede ser fácilmente realizada por vía abdominal, probablemente con menos trauma, anestesia y tiempo operatorio, y por consiguiente, con menos riesgo operatorio, particularmente en los viejos. Por otro lado, él permite la corrección quirúrgica de otras lesiones abdominales, frecuentemente asociadas con la hernia y a menudo de igual, sino de mayor importancia que ella."

"Esto está bien ilustrado (continúa el editor), por nuestra experiencia: en una serie de 80 casos de hernias del hiato reparadas por vía abdominal, se realizaron 83 procedimientos adicionales, incluyendo: colecistectomía en 17 pacientes, gastrectomía subtotal en 6, y resección de aneurisma aórtico en 5.

"El abordaje torácico es preferible en ciertas circunstancias, tales como: enfermos de tórax profundo, obesos o en casos de hernia complicada. Ambos abordajes tienen pues sus indicaciones y es necesario emplearlos de acuerdo con ellas."

SUMARIO

Los autores presentan el análisis de 46 observaciones de hernias diafragmáticas, su clasificación, los síntomas con los que se presentaron los pacientes, el tipo de hernia, la vía de abordaje empleada en los 35 casos operados, las afecciones digestivas asociadas, la técnica de reparación empleada, las complicaciones, recidivas y resultados.

Enuncian las directivas que deben guiar en la elección del tratamiento médico o quirúrgico, así como la vía de abordaje.